

Igor Matic, Sandra Hanselmann & Ulla Kleinberger

„SOME tablets they say that i don't get anyMORE.“ – Wissensaushandlungen in der mehrsprachigen häuslichen Pflege

Abstract: In Gesprächen zwischen Pflegefachpersonen und Patient/innen stellt die Herstellung von Intersubjektivität bei der Aushandlung von Wissen eine kommunikative Grundvoraussetzung dar, um institutionelle Handlungsziele zu erreichen. Der Beitrag fokussiert wissensbezogene Gesprächssequenzen in mehrsprachigen häuslichen Pflegeinterventionen in der Deutschschweiz, in denen Fachwissen aus gesprächsexternen Quellen (z. B. Hausärztin) von den Beteiligten bearbeitet wird. Unter Rückgriff auf gesprächsanalytische Zugänge und Kamios *theory of territory of information* (Kamio 1995) wird gezeigt, wie Pflegefachpersonen und Patient/innen Äußerungsverben (z. B. sagen) als epistemische Marker einsetzen, um ihre institutionellen Rollen im Gespräch lokal zu konstruieren. Der Artikel zeigt anhand von drei exemplarischen Analysen, wie diese Praktik in Pflegeinteraktionen eingesetzt wird und verdeutlicht damit die enge Verbindung von Wissen und sozialer Identität im untersuchten Interaktionstyp.

1. Einleitung

Gespräche zwischen Pflegefachpersonen und Patient/innen stellen hohe kommunikative Anforderungen an beide Seiten, da institutionelle Handlungsziele mit subjektiven (Pflege-)bedürfnissen abgeglichen werden müssen. Diese Anforderungen können in einem mehrsprachigen Kontext – wenn die Beteiligten nicht über eine gemeinsame Erstsprache verfügen – zusätzlich erhöht werden. Die Pflegesituation gestaltet sich kommunikativ noch anspruchsvoller, wenn neben Pflegefachperson und Patient/in weitere Akteure (Krankenhauspersonal, Hausärztinnen und -ärzte, Angehörige etc.) in den Pflegeprozess involviert sind und Informationen aus diesen Quellen ebenfalls ins Gespräch miteinfließen.

Im Allgemeinen haben Gesprächsteilnehmer/innen eine relativ gute Vorstellung davon, wer über welches Wissen verfügt oder Zugang zu Wissen haben könnte (Stivers et al. 2011: 10), so dass diese Orientierung in der Regel nicht in den interaktiven Vordergrund gerückt wird. Bei der Aushand-

lung handlungsrelevanten Wissens im untersuchten Interaktionstyp (z. B. über die Medikamentendosierung) wird der Zugang zu Wissen allerdings expliziert, um das eigene Wissen von vermitteltem Wissen zu unterscheiden. Pflegefachpersonen und Patient/innen zeigen einander also in der Regel nicht nur an, über welche Informationen sie verfügen (was?), sondern informieren zudem über ihren Zugang zu diesen Informationen (wie?) beziehungsweise die Wissensquelle.

Bei der interaktiven Aushandlung von Wissen spielen im untersuchten Interaktionstyp der häuslichen Pflege die evidentiellen Zugänge zu Wissensinhalten eine zentrale Rolle, da – je nachdem, welche Wissensdomäne lokal ausgehandelt wird –, hierdurch nicht nur eigene Informationsterritorien (Kamio 1995) markiert, sondern zudem komplementäre soziale Rollen (z. B. *Expertin* – *Laie*) im Gespräch relevant gesetzt werden (Heritage 2012: 5):

The nature (and priority) of access to epistemic territories can be the object of complex sequential manipulation [...], which embraces not just the actual possession of information, but rights to possess and articulate it [...].

Gesprächsteilnehmer/innen müssen demnach kontinuierlich ihren epistemischen Zugang anzeigen sowie ihre epistemischen Rechte und Pflichten aushandeln. Die auf diese Weise interaktiv konstituierten sozialen Rollen sind eng mit einer entsprechenden epistemischen Autorität für den betreffenden Wissensbereich (Enfield 2011) verknüpft sowie mit Rechten und Pflichten verbunden, dieses Wissen mit Hinblick auf die institutionellen Handlungsaufgaben einzusetzen.

In diesem Zusammenhang haben sich im untersuchten Interaktionstyp so genannte *hearsay evidentials* (Kärkkäinen 2003) als wichtige linguistische Ressource herausgestellt. Mithilfe von Äußerungsverben (z. B. sagen) können Sprecher/innen „the source or means of obtaining a given piece of information“ indizieren, was hier als indirekte Form verstanden wird (Kamio 1995: 242).¹ Mit der Äußerung „Der Arzt sagt ich brauche das Medikament nicht mehr“ verwendet ein Patient also eine indirekte Form und zeigt damit

1 Fox (2001: 170) verwendet die Begriffe *zero-evidential marking* für direkte Formen und *evidential marking* für indirekte Formen, also z. B. durch Äußerungsverben wie „say“ eingeleitete Äußerungen.

seine Informationsquelle an, da epistemische Marker in deiktischer Weise das Verhältnis von Sprecher/innen zum Gesagten ausdrücken (Clift 2006).

Andererseits kann mithilfe solcher *verba dicendi* angezeigt werden, ob eine Information eher in das eigene Informationsterritorium oder das des/r Gesprächspartner(s)/in fällt (cf. dazu 2.2). Das heißt, dass indirekte Formen die soziale Beziehung zwischen Interagierenden indizieren können. Kamio liefert folgendes Beispiel (1997: 6–7): Eine Sekretärin kann aufgrund ihrer professionellen Stellung den Geschäftsführer mittels einer direkten Form („You have a meeting at three“) über einen Termin informieren. Der Geschäftsführer selbst kann, da diese Information nahe an seinem Territorium liegt, ebenfalls eine direkte Form verwenden („I have a meeting at three“). Im Gegensatz würde ein anwesender Geschäftspartner, der zwar über den gleichen epistemischen Zugang zu dieser Information (Termin) verfügt, jedoch einen anderen Status inne hat, eine indirekte Form („I understand you have a meeting coming up at three“) verwenden. Die Distribution solcher epistemischen Marker als Mittel territorialer Aushandlungen ermöglicht aus diesem Grund einen Rückschluss auf die soziale Orientierung der Beteiligten. Fox formuliert dies folgendermaßen (2001: 176): „evidential marking is responsive to and constructive of the relationship between speaker and recipient(s)“. Indem Sprecher/innen in Wissensaushandlungen epistemische Zugänge und Rechte anzeigen, bearbeiten und verhandeln, (re-)konstruieren sie also gleichzeitig auch soziale – z. B. institutionelle – Identitäten im Gespräch.

Der vorliegende Beitrag richtet den Fokus auf Gesprächssequenzen zwischen Pflegefachpersonen und Patient/innen, in denen Informationen aus weiteren Quellen (etwa vom behandelnden Arzt) eingebracht und bearbeitet werden (z. B. Änderungen in der Medikation oder Befunde einer ärztlichen Untersuchung). Diese Informationen aus situationsexternen Quellen sind für die Pflegeinteraktion insofern relevant, als das Wissen um sie Konsequenzen für den handlungspraktischen Fortgang der jeweiligen Pflegesituation haben kann. Anhand von drei Fallbeispielen wird gezeigt, wie Äußerungsverben in Wissensaushandlungen zwischen Patient/innen und Pflegefachpersonen eingesetzt werden, um sowohl den epistemischen Zugang als auch die sozialen Bedeutungen von „authority, responsibility, and entitlement“ (Fox 2001: 170) bezüglich handlungsrelevantem Wissen auszuhandeln. Auf diese Weise wird in den Fallbeispielen sichtbar, wie durch

die Orientierungen hinsichtlich der Informationsterritorien verschiedener Beteiligten institutionelle Rollen konstruiert und aktualisiert werden.

In Abschnitt 2 wird zunächst die theoretische Perspektive auf Wissens-aushandlungen dargestellt, bevor der untersuchte Interaktionstyp und damit zusammenhängend der institutionelle Kontext der mehrsprachigen häuslichen Pflege beschrieben wird (Abschnitt 3). Daran anschließend werden anhand ausgewählter Gesprächsausschnitte diejenigen Praktiken beschrieben, mittels derer die Beteiligten in den zugrundeliegenden Pflegeinterventionen epistemische Positionen und entsprechende institutionelle Rollen aushandeln.

2. Wissen in der Interaktion

2.1 Wissensaushandlung als interaktives Verfahren

Beim Versuch, Wissen im institutionellen Kontext empirisch zu beschreiben, stößt man unweigerlich auf das theoretische Grundproblem der Unbeobachtbarkeit von Wissen (Bergmann / Quasthoff 2010: 22). Demnach ist Wissen weder für die Gesprächsteilnehmer/innen noch für die untersuchenden Wissenschaftler/innen direkt zugänglich. Im Sinne der Ethnomethodologie lassen sich jedoch die *accounting practices* (Garfinkel 1967) einer Interaktion untersuchen, mit Hilfe derer sich die Gesprächsteilnehmer/innen gegenseitig die Bedeutung ihres Sprechhandelns anzeigen. Diese Praktiken umfassen jene kommunikativen Handlungen, welche der Konstitution, Sicherung und Wiederherstellung von Sinn dienen. Folglich bieten diese Deutungshinweise einen analytischen Zugang zu den Wissens-aushandlungen der Interaktant/innen. Der Begriff *Aushandlung* soll dabei verdeutlichen, dass es sich um einen interaktiven Prozess handelt, durch den Wissen immer wieder aufs Neue angezeigt, bearbeitet und dadurch konstituiert wird. Diese Perspektive schließt den Rückgriff auf bereits vorhandenes Wissen der Beteiligten jedoch nicht aus, sondern fokussiert stärker auf die lokale Wissensgenerierung im Gespräch. Entsprechend betont dieser analytische Zugang die Bedeutung „der Interaktion als ‚Ort‘ der Wissensgenese“ (Dausendschön-Gay et al. 2010: 5).

Im Sinne des Rezipientendesigns achten Gesprächsteilnehmer/innen bei Wissens-aushandlungen auf die soziale Verteilung von Wissen – also, wer über welches Wissen verfügt – indem sie ihre Redebeiträge entsprechend ge-

stalten (Hayano 2013). So unterstellt die Frage „Wie geht es Ihnen heute?“ dem Rezipienten/der Rezipientin, dass er/sie Zugang zu diesem Wissen hat, da der/die Befragte als Wissende/r behandelt wird. Da erwachsene Personen im Normalfall Auskunft zu ihrer inneren Befindlichkeit geben können, kann der epistemische Zugang vorausgesetzt werden. Obwohl Sprecher/innen häufig Annahmen bezüglich Wissenszugängen treffen, verfügen sie auch über interaktionale Ressourcen wie *pre-sequences* (Schegloff 2007), mithilfe derer sie den epistemischen Zugang von Gesprächspartner/innen überprüfen können. Typisch sind hier vorangestellte Fragen wie „Hat die Ärztin bereits mit Ihnen gesprochen?“, um den Wissenszugang des Gegenübers zu prüfen.

Neben der Frage, ob jemand epistemischen Zugang zu Wissen hat oder nicht, ist auch die Art des Zugangs von Bedeutung. So indizieren Interaktant/innen in Gesprächen, ob ihre Äußerungen auf direkter sensorischer Erfahrung, mündlichen Berichten oder Inferenzen beruhen (Kärkkäinen 2003). In diesem Artikel werden vor allem die oben genannten *hearsay evidentials* näher betrachtet, die eine sprachliche Äußerung als Wissensgrundlage anzeigen (Kärkkäinen 2003: 52).

2.2 Territorien des Wissens

Gemäß Kamio (1995) spielt in Wissensaushandlungen das Konzept der *territory of information* eine entscheidende Rolle. Demzufolge besitzt jede/r Beteiligte eines Gesprächs ein eigenes Informationsterritorium, so dass ein/e Interaktant/in – im Vergleich zu anderen Gesprächspartner/innen – einer bestimmten Wissensdomäne eher ‚nahe‘ oder eher ‚fern‘ sein kann. Eine Information (z. B. über Schmerzen) kann demnach stark in das Informationsterritorium der Patientin (Sprecherin) fallen, während es für die anwesende Pflegerin (Hörerin) eher entfernt ist.² Kamio zufolge lässt sich auf diese Weise jedem Beteiligten ein Wert auf einer Skala zuordnen, wobei 1 eine

2 Für die vorliegende Arbeit wird eine relativ weite Definition des Begriffs *Information* übernommen (Kamio 1995: 236): „Roughly, it corresponds to what is generally understood by the term ‘proposition’ minus whatever so-called modal elements contribute to it.“ Folglich drücken die Äußerungen „Der Blutdruck ist in Ordnung“ und „Er sagt, der Blutdruck sei in Ordnung“ die gleiche Information aus, haben jedoch einen unterschiedlichen epistemischen Wert.

extreme Nähe zu einer Information bedeutet und 0 eine große Distanz indiziert:

Sprecherin (Patientin) 1-|-----0
 Hörerin (Pflegerin) 1-----|-0

Je nachdem, wie nahe/entfernt die Territorien der Beteiligten im Hinblick auf eine Information sind, ergibt sich eine spezifische Informationssituation, welche sich in der Form der verwendeten Äußerungen manifestiert.

Um die Nähe/Distanz eines Beteiligten zu einer Information zu bestimmen, beschrieb Kamio zentrale Bedingungen für das Englische, welche für die vorliegende Arbeit übernommen werden (1995: 243):³

- a) information obtained through the speaker's/hearer's internal direct experience
- b) information embodying detailed knowledge which falls into the speaker's/hearer's professional or other expertise
- c) information obtained through the speaker's/hearer's external direct experience including information conveyed to the speaker/hearer which he/she considers reliable
- d) information about persons, objects, events and facts close to the speaker/hearer, including information about the speaker/hearer him/herself

Zur Illustration liefert Kamio folgendes Beispiel (1995: 243): Jack, ein Freund der Familie Clark, informiert am Telefon Jane (ein Mitglied der Familie Clark), dass er ihnen demnächst einen Besuch abstatten wird. Im Gespräch mit ihrer Mutter verwendet Jane dann eine direkte Form – also ohne ein einleitendes Äußerungsverb (z. B. er sagt) – um die Information weiterzuleiten:

01 Mother: What did Jack say?
 02 Jane: He's coming to visit us soon.

Aufgrund der Bedingungen c) und d) ist die Information bezüglich Jacks Besuch nahe an Janes Informationsterritorium, weshalb sie eine direkte Form verwendet. Auf diese Weise spezifiziert Kamios Theorie das Verhältnis von Äußerungsformen und Informationsterritorien.

3 Kamio entwickelte seine *theory of territory of information* ursprünglich anhand des Japanischen, modifizierte seine Theorie jedoch leicht, um sie auch für das Englische anwendbar zu machen (1995).

Obwohl Kamios Theorie nicht auf natürlichen Daten, sondern auf erfundenen Beispielen beruht, ist sie für die Untersuchung von Wissensaushandlungen äußerst bedeutsam (Heritage 2013: 376):

[...] Kamio's argument is important because it introduces specifically sociological issues connected with rights, social ownership, agency and morality [...] into consideration in understanding epistemic processes in interaction, rather than treating firsthand information and knowledge quality as the sole drivers of these processes.

Indem die gegenseitige Zuschreibung sozialer Rollen als ein relevanter Faktor in die Analyse miteinbezogen wird, kann insbesondere für die institutionelle Kommunikation gezeigt werden, dass Informationsterritorien eine soziale Entität darstellen, die durch Sprache beachtet oder verletzt werden kann (Hayano 2013: 7).

3. Zum untersuchten Interaktionstyp

Das vom Schweizerischen Nationalfonds und der Ebnet-Stiftung geförderte Projekt „Overcoming Language Barriers in Homecare Nursing“ (OLBiHN)⁴, aus dem die in diesem Artikel vorgestellten Fallbeispiele stammen, untersucht mehrsprachige Interaktionen in der häuslichen Pflege. Bei der häuslichen Pflege handelt es sich um einen Typ der institutionellen Kommunikation, der aus gesprächsanalytischer Perspektive im deutschsprachigen Raum bisher wenig Beachtung gefunden hat. Im Vergleich zur Pflege in Altenheimen besteht die Besonderheit der häuslichen Pflege darin, dass die Interventionen weniger stark vorstrukturiert sind als dies etwa durch den Rhythmus eines Heimalltags der Fall ist. Die Häufigkeit der Pflegebesuche variiert dabei von täglich bis hin zu Einsätzen einmal pro Woche oder weniger. Außerdem finden die Pflegeinterventionen im privaten Umfeld der Patient/innen statt, so dass die räumlichen Gegebenheiten jeweils unterschiedlich sind und sich wesentlich von einer Institution wie

4 Die interdisziplinäre Studie wird von den Departementen Gesundheit und Angewandte Linguistik der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften durchgeführt und ist auf 18 Monate angelegt. Das Projektteam setzt sich aus den Pflegewissenschaftler/innen Daniela Händler-Schuster, Lorenz Imhof, Heidi Petry, Sebastian Probst und Miriam Roser sowie den Sprachwissenschaftler/innen Maureen Ehrensberger-Dow, Sandra Hanselmann, Ulla Kleinberger und Igor Matic zusammen.

dem Krankenhaus oder einem Pflegeheim unterscheiden. Mit Heritage und Clayman (2010: 22) gehen wir davon aus, dass der institutionelle Kontext nicht als vorgegebenes Faktum existiert, sondern eine Ko-Konstruktion der Gesprächspartner/innen darstellt. Er wird erst durch die Interaktion zwischen Pflegefachperson und Patient/in konstituiert, indem ihre sprachlichen Handlungen die pflegerische Dimension der Interaktion aufzeigen. Durch das Fehlen eines klassisch institutionellen Pflegesettings (in Form eines Gebäudes etwa) ist die Etablierung des institutionellen Kontexts in der häuslichen Pflege noch stärker von diesen sprachlichen Handlungen abhängig. Zudem führt der häusliche Kontext gemäß Caris-Verhallen et al. (1998: 104) zu einem erhöhten Bedarf an sprachlicher Strukturierung der Pflegeintervention.

3.1 Institution und Wissen in Interaktionen der häuslichen Pflege

Eine zentrale Rolle für die Etablierung des institutionellen Settings in der häuslichen Pflege spielt Wissen. Pflegefachpersonen zeigen als professionelle Akteure in der Interaktion ihr Fachwissen an beziehungsweise wird ihnen dieses von ihren Gesprächspartner/innen zugeschrieben. Patient/innen hingegen nehmen in Bezug auf dieses Fachwissen in der Regel einen Laienstatus ein beziehungsweise werden von den Pflegefachpersonen als Laien behandelt. Auf diese Weise werden institutionelle Rollen (z. B. Experte-Laie) im Gespräch interaktiv konstituiert. Es können folglich Wissensasymmetrien zwischen Institutionsvertreter/innen, die auf pflegerisches Fachwissen referieren, und Patient/innen, die sich auf ihr subjektives Empfinden beziehen, bestehen. Aus gesprächsanalytischer Perspektive ist die Etablierung und Verteilung von Experten-Laien-Rollen jedoch nicht immer eindeutig, sondern wird in der Interaktion von den Beteiligten laufend ausgehandelt. Eine institutionell bedingte Asymmetrie kann deshalb nicht *a priori* angenommen werden, sondern muss empirisch am Material herausgearbeitet werden, indem die relevanten Praktiken hinsichtlich solcher Wissensasymmetrien in den Interaktionen nachgewiesen werden (Maynard 1991, Robinson 2001, Gülich 2003). Entsprechend gehen wir im vorliegenden Beitrag auch nicht von einer dichotomischen Differenzierung in ‚Experte‘ und ‚Laie‘ aus, sondern verstehen institutionelle Kommunikation als praktikenspezifischen Kontext (Meer 2011: 35), den die Teilnehmer/innen gemeinsam etablieren.

Für die Generierung von geteiltem Wissen in der häuslichen Pflege spielen im Prozess der Wissensaushandlung nebst der Pflegefachperson und dem/der Patient/in weitere Akteure eine wichtige Rolle (z. B. Angehörige, Hausärztinnen und -ärzte, Spezialist/innen, Krankenhauspersonal). Diese weiteren Akteure sind teilweise direkt an der Interaktion beteiligt (z. B. Angehörige), werden situativ beigezogen (z. B. per Anruf in der Arztpraxis) oder lediglich als Referenz erwähnt (z. B. im Falle von Anweisungen des Arztes oder des Krankenhauspersonals). Während die Pflegefachperson über spezifisches Fachwissen verfügt, hat die Patientin neben ihren subjektiven Wahrnehmungen Zugang zu Informationen aus diesen weiteren Quellen. Diese externen Wissensquellen sind in der häuslichen Pflege von besonderer Bedeutung, da oftmals mehrere Institutionen in den Pflegeprozess involviert sind, so dass Patient/innen über Wissen verfügen, das der Pflegefachperson nicht direkt oder ohne weiteren Aufwand zugänglich ist. Bedingt durch diese Konstellationen kann es vorkommen, dass Patient/innen phasenweise über mehr behandlungsrelevantes Wissen verfügen, da sie z. B. aufgrund eines Arztbesuches besser über die Dosierung ihrer Medikation informiert sind als die Pflegefachpersonen. Dadurch, dass Patient/innen dieses Expertenwissen in die Interaktion einbringen, treten sie jedoch nicht automatisch als Experten auf. Wie in den Fallbeispielen zu sehen sein wird, markieren sie ihre eigenen epistemischen Positionen mit spezifischen Markern und zeigen ihre Orientierung hinsichtlich der Informationsterritorien anderer Beteiligter an.

3.2 Pflegeinteraktionen im mehrsprachigen Kontext

Mehrsprachige Gesundheitskommunikation ist – im Vergleich zu einsprachigen Interaktionen – ein bisher wenig bearbeitetes Forschungsfeld (Harvey / Koteyko 2013: 52). Dies ist insofern erstaunlich, als gesellschaftliche Mehrsprachigkeit vor allem in urbanen Gebieten einen „Alltagsfaktor“ darstellt (Menz et al. 2013: 19) und das Gesundheitswesen zunehmend vor Herausforderungen stellt (Bundesamt für Gesundheit 2008). Bestehende Untersuchungen im mehrsprachigen Gesundheitskontext sprechen häufig von *interkultureller Kommunikation* und schreiben dabei kommunikative Schwierigkeiten vorschnell und *a priori* der unterschiedlichen kulturellen Zugehörigkeit von Gesprächsteilnehmer/innen zu. Menz et al. (2013: 18)

weisen in ihrer Untersuchung zu ärztlichen Gesprächen mit Migrant/innen jedoch darauf hin, dass kommunikative Schwierigkeiten im medizinischen Kontext nicht monokausal auf sprachliche Divergenzen zurückgeführt werden können, da Kommunikationsprobleme häufig durch mehrere Faktoren hervorgerufen werden. Zudem sind vorgängige Zuschreibungen, die mit der Herkunft von Sprecher/innen begründet werden, den Autoren zufolge problematisch, da kulturelle Zugehörigkeit keine statische Kategorie darstellt, sondern in jedem Gespräch laufend ausgehandelt und reproduziert wird.

Als Konsequenz für den vorliegenden Beitrag ergibt sich, dass sprachliche Divergenzen zwischen den Interagierenden empirisch herausgearbeitet werden müssen, sofern sie als Faktor für kommunikative Besonderheiten geltend gemacht werden. Die sprachliche Herkunft der Beteiligten wird hier deshalb nur dann als relevanter Faktor für den Prozess der Wissensaushandlung verstanden, wenn sie durch die Beteiligten selbst relevant gesetzt wird, indem sie etwa als erschwerender Faktor im Gespräch markiert wird. In Bezug auf die Fragestellung dieses Beitrags und ausgehend von der Annahme, dass sich Wissen „durch die Sprache und in der Sprache“ konstituiert (Felder / Müller 2009: 1), stellt sich die Frage, inwiefern die Mehrsprachigkeit der Gesprächsteilnehmer/innen einen Einfluss auf die Praktiken hat, mit denen sie ihren epistemischen Zugang zu Wissen anzeigen.

Um die Komplexität und Vielfältigkeit der mehrsprachigen Situationen aufzuzeigen, die unserem Korpus zugrunde liegen, werden die Gespräche – in Anlehnung an ten Thijes Konzept der „diskursiven Interkulturen“ (2003: 116 f.) – als emergente Strukturen angesehen. Der Fokus liegt dabei weniger auf Missverständnissen in Erstbegegnungen, sondern stärker auf Verständigungsprozessen, die durch Kooperation über längere Zeit zustande kommen. Mehrsprachigkeit wird also nicht *per se* als störungsanfällig und defizitär betrachtet, sondern als eine potenzielle Ressource verstanden. Indem „nicht das Sprachwissen des monolingualen Sprechers, sondern das der bi- oder multilingualen Sprecher als Ausgangspunkt genommen wird“ (ten Thije 2003: 116), ermöglicht diese Perspektive eine differenzierte Beschreibung der mehrsprachigen Praxis in der häuslichen Pflege.

4. Aushandlungen von epistemischen und sozialen Rollen

Im Folgenden werden anhand von drei Fallbeispielen Gesprächssequenzen, in denen Wissen zwischen Pflegefachpersonen und Patient/innen ausgehandelt wird, im Hinblick auf die verschiedenen Wissensdomänen der Beteiligten untersucht. Es handelt sich also um diejenigen Praktiken, welche von Augenblick zu Augenblick eingesetzt werden, um den jeweiligen Wissensstand der Beteiligten sequenziell auszuhandeln. Im Fokus steht dabei der Einsatz von epistemischen Markern. Es geht also einerseits um die Frage, in welchen sequentiellen Kontexten Interagierende Äußerungsverben als Evidenzmarker einsetzen und andererseits darum, welche spezifischen Funktionen diese lexikalischen Markierungen im Hinblick auf epistemische Positionen und soziale Rollen erfüllen.

Es handelt sich erstens um einen Gesprächsausschnitt bezüglich der Einnahme von Medikamenten, deren Dosierung kürzlich vom Arzt verändert wurde. Das zweite Beispiel ist eine Sequenz zwischen einer Pflegerin und der Ehefrau eines Patienten, welche die Befunde aus dem letzten Arztbesuch ihres Mannes schildert. Und im dritten Gesprächsausschnitt erkundigt sich die Pflegefachperson beim Patienten nach Instruktionen, die ihm vom Krankenhauspersonal gegeben wurden.

4.1 Verweisen auf epistemische Autorität

Der erste Ausschnitt steht am Anfang einer häuslichen Pflegeintervention und setzt kurz nach der Begrüßung ein. Die Pflegefachperson fragt den Patienten, ob er bei seinem Hausarzt gewesen sei (Z. 02), was dieser mit GESTern (Z. 03) bejaht.

Ausschnitt 1: SOME tablets they say that i don't get anyMORE.

S1= Patient (Erstsprache Englisch), S2= Pflegefachfrau (Erstsprache Schweizerdeutsch)

01 (2.5)
 02 S2: was you BEEN ä:h by mister (.) by doctor LAHM,
 03 S1: GESTern.
 04 S2: YESTerday;
 05 (-) and you get the (.) the new MEDICament,
 06 S1: <<englische Aussprache> inFusion;>
 07 (--)and (--)sch sch [SPRItzen];
 08 S2: [and TAB]lets,

09 S1: nei.
 10 (1.0)
 11 but they SOME tablets they say that i
 don't get anyMORE.
 12 that they wAnt me not to BE u:h-
 13 maybe (.) that ich bin nid SO dependent on
 the TABLEtten;

Die einleitende Frage in Zeile 2 kann als *pre-sequence* (Schegloff 2007) verstanden werden, in der die Pflegerin den epistemischen Zugang des Patienten zu neuen Informationen überprüft. Die *epistemic access congruence* (Stivers et al. 2011: 10) – also das Wissen darum, wer welchen Zugang zu spezifischen Informationen hat – wird hier also explizit ausgehandelt. Indem der Patient den Besuch beim Arzt bestätigt, wird für die Pflegefachperson deutlich, dass er potenziell pflegerelevante Informationen besitzt, da bei einem Arztbesuch in der Regel Diagnosen, therapeutische Anweisungen, Empfehlungen und Ähnliches gegeben werden (Heritage / Maynard 2006, Deppermann / Spranz-Fogasy 2011). Aus Sicht der Pflegerin bedeutet dies, dass möglicherweise eine Wissensasymmetrie besteht, welche sie in Zeile 5 durch eine Deklarativsatzfrage, die sie mit steigender Intonation als solche markiert, auszugleichen versucht. Die Frage nach den neuen Medikamenten durch die Pflegerin (Z. 05) wird demnach erst durch den bestätigten Arztbesuch (Z. 03) ermöglicht. Vereinfacht gesagt: Die Pflegefachperson überprüft zuerst, ob der Patient überhaupt Zugang zu Wissen hat, über welches sie noch nicht verfügt.

Nachdem der Patient Angaben zur Medikation macht (Infusion/Spritzen), die auf seiner direkten Erfahrung (Hausarztbesuch) beruhen, stellt die Pflegerin eine weitere Frage bezüglich des Erhalts von Tabletten, die vom Patienten verneint wird. Nach einer Pause fährt der Patient mit dem Anschlussmarker „but“ (Z. 11) fort und gibt weitere Details im Hinblick auf die Einnahme von Tabletten. Dabei spielt der epistemische Marker „they say“ (Z. 11) eine zentrale Rolle, da der Patient mithilfe dieses Äußerungsverbs anzeigt, dass es sich um eine indirekte Redewiedergabe handelt. Das Pronomen „they“ verweist dabei auf den behandelnden Arzt (und weiteres Fachpersonal) und gibt somit die Informationsquelle an. Gleichzeitig indiziert der Patient mit dieser indirekten Form, dass dieser Sachverhalt (Medikation) weniger stark in sein Informationsterritorium fällt, sondern näher am Informationsterritorium des behandelnden Fachpersonals liegt.

Anders gesagt: Im Hinblick auf die Medikation etabliert der Patient seine Relation zum behandelnden Arzt als Experten-Laien-Beziehung.

Unter Rückgriff auf die Aussage des Arztes (indirekte Redewiedergabe) vermag der Patient also zu erklären, weshalb bestimmte Tabletten nicht vorhanden sind. Gleichzeitig positioniert er sich – im Hinblick auf diese spezifische Information – als Patient, der als Vermittler für dieses Wissen fungiert. Für die Pflegerin wiederum bedeutet diese indirekte Form, dass die Äußerung „SOME tablets they say that i don't get anyMORE“ aus einer Quelle mit hohem epistemischen Status stammt. Es handelt sich also nicht um die Beobachtung des Patienten, dass er gewisse Medikamente nicht mehr erhält, sondern um eine explizite medizinische Anweisung durch Dritte. Die implizite Annahme der Pflegerin (Z. 08), dass der Patient weiterhin Tabletten einnehmen muss, wird durch diese indirekte Form also widerlegt.

In Zeile 12 beginnt der Patient damit, eine Begründung zu formulieren, weshalb er gewisse Medikamente nicht mehr einnehmen muss. Hier wird durch das Pronomen „they“ und das volitionale Verb „want“ angezeigt, dass es sich ebenfalls nicht um seine eigene Entscheidung handelt, sondern dass eine Begründung durch Dritte vorliegt. Diese Erklärung wird jedoch am Ende der Intonationsphrase durch ein Verzögerungssignal abgebrochen, ohne den eigentlichen Grund anzuführen. Dies kann als Hinweis dafür gesehen werden, dass er entweder während des Arztbesuchs keine (explizite) Erklärung für das Absetzen bestimmter Medikamente erhalten hat oder sich nicht mehr daran erinnern kann.

In Zeile 13 formuliert der Patient eine Begründung, welche die Äußerung des Arztes wieder aufgreift. Der Nebensatz „that ich bin nid SO dependent on the TABLETten;“ bezieht sich dabei immer noch auf den Marker „they say“ (Z. 11) und referiert somit auf die Meinung des Arztes. Allerdings markiert der Patient Unsicherheit bezüglich seiner Aussage – also Unsicherheit darüber, ob er die Begründung des Arztes richtig wiedergibt beziehungsweise ob die Begründung so stattgefunden hat – mit dem vorangestellten Adverb „maybe“. Durch die indirekte Form gibt der Patient die epistemische Verantwortung für die Proposition der Äußerung teilweise ab. Dies ermöglicht es ihm, eine Schlussfolgerung zu äußern, diese jedoch als unsicher zu markieren. Auf diese Weise befolgt der Patient eine soziale Norm bezüglich des epistemischen Zugangs: „[...] speakers should avoid

making claims for which they have an insufficient degree of access“ (Stivers et al. 2011: 10).

Da es sich bei den Medikamenten um Schmerzmittel handelt, welche potenziell als Suchtmittel missbraucht werden könnten, handelt es sich um eine sensitive Wissensaushandlung. Indem der Patient mit dem Äußerungsverb „say“ eine indirekte Form produziert, etabliert er eine komplexe Konstellation bezüglich epistemischer Autoritäten. Einerseits widerlegt er die Annahme der Pflegefachperson bezüglich der Einnahme von Medikamenten, indem er auf eine Autorität verweist. Gleichzeitig positioniert er sich jedoch als Patient, da diese Information nicht in sein Informationsterritorium fällt, sondern er bloß als Vermittler auftritt. Mit anderen Worten: Durch den Einsatz des Äußerungsverbs zeigt der Patient einen „downgraded epistemic access to a state of affairs“ (Heritage / Raymond 2005: 19) an und inszeniert sich – im Hinblick auf das verhandelte Fachwissen – als Laie. Er vermeidet somit einen potenziell gesichtsbedrohenden Akt und kommt gleichzeitig im Sinne des *doing being a patient* seinen Pflichten nach, pflegerelevante Informationen eines dritten Akteurs (Hausarzt) an die anwesende Pflegefachfrau weiterzuleiten. Mithilfe des Äußerungsverbs „say“ wird also sowohl der epistemische Zugang zu Informationen angezeigt als auch eine Aushandlung bezüglich epistemischer Autoritäten und sozialer Rollen vollzogen.

4.2 Zuschreibung von epistemischer Autorität

Im zweiten Fallbeispiel aus einer anderen Pflegeintervention bespricht die Pflegefachfrau den letzten Arztbesuch des Patienten mit dessen Ehefrau. Im untersuchten Korpus sind Angehörige der Patient/innen (Ehefrau/-mann, Tochter/Sohn) häufig in die Pflege involviert. Da sie die Patient/innen bei Arztbesuchen begleiten und während häuslichen Pflegeinterventionen meist anwesend sind, haben sie einen direkten Zugang zu Diagnosen, therapeutischen Anweisungen und Ähnlichem. Zudem fungieren sie häufig als direkte Ansprechpartner/innen für die Pflegefachperson, insbesondere wenn sie über bessere Sprachkenntnisse als der/die Patient/in verfügen.

Die folgende Sequenz folgt nach einer längeren Schweigephase und findet ungefähr in der Mitte des 20-minütigen Pflegebesuches statt. Die einleitende Frage der Pflegefachfrau (Z. 01) bezieht sich auf den letzten Arztbesuch. Sie erfragt dabei, ob der Arzt das Büchlein mit den Blutwerten kontrolliert

habe. Dies wird von der Ehefrau bejaht und mit einem *sequence closing third* von der Pflegefachperson quittiert. Die Ehefrau fährt allerdings damit fort, die Befunde des Arztes wiederzugeben.

Ausschnitt 2: i bringe. °h und nocher sage AU! ganz guet.

S3= Ehefrau des Patienten (Erstsprache Italienisch), S4= Pflegefachfrau (Erstsprache Schweizerdeutsch)

- 01 S4: het de DOKtor geschter s büechli Aglueget,
hat der doktor gestern das büchlein angeschaut,
- 02 S3: (-) jo jo (.) BEIde °h aluege.
(-) jo jo (.) beide °h anschauen.
- 03 S4: guet.
gut.
- 04 S3: i bringe.
ich bringe.
- 05 °h und nocher sage AU! ganze guet.
°h und nachher sagen AU! ganz gut.
- 06 °h und nocher äh wieder äh nomol mach a:h blute-
°h und nachher äh wieder äh nochmals machen a:h blut-
- 07 S4: hm
- 08 S3: kontrollIIEre-
kontrollieren-
- 09 S4: hm
- 10 S3: (.) und nochher seite besser e:h enZÜNdig(e) (.) bessere-
(.) und nachher sagt(er) besser e:h entzündungen (.) bessere-
- 11 S4: super.
super.
- 12 S3: und nochere seite WASser ou bitzeli-
und nachher sagt(er) wasser auch bisschen-
- 13 S4: hm
- 14 S3: retour;
zurück;
- 15 S4: hm
- 16 S3: (-) und nochher e:h MENTig wieder go luege;=
(-) und nachher e:h montag wieder schauen gehen;=
- 17 S4: guet.
gut.
- 18 S3: (-) seite.
(-) sagt(er).

In Zeile 4 zeigt die Ehefrau mit der Äußerung „i bringe“ (in der 1. Person Sg.) zunächst an, dass sie während des Arztbesuchs anwesend war und somit einen direkten epistemischen Zugang zu den Aussagen des Arztes hat. Direkt im Anschluss (Z. 05) gibt sie dann eine Äußerung des Arztes („AU! ganz gut“) als direkte Rede wieder, welche durch das Äußerungsverb „sagen“ eingeleitet wird.⁵ In dieser Redewiedergabe reproduziert sie einerseits die ärztliche Meinung, indem sie dessen positive Einschätzung (= Proposition) wiedergibt. Andererseits bestärkt sie dadurch ihre epistemische Position des direkten Zugangs, da eine direkte Redewiedergabe mit prosodischen Details (Interjektion „AU!“) darauf schließen lässt, dass die Ehefrau die entsprechende Äußerung des Arztes selbst gehört hat.

In den folgenden Zeilen wird das Äußerungsverb „sagen“ noch drei Mal verwendet, um die Aussagen des Arztes als indirekte Rede wiederzugeben. In den ersten beiden Fällen (Z. 10, Z. 12–14) werden die Befunde/Einschätzungen des Arztes durch das vorangestellte Äußerungsverb „sagen“ eingeleitet. Einerseits zeigt die Ehefrau mit dieser indirekten Form an, dass die Informationsquelle dieser Äußerungen beim Arzt liegt. Gleichzeitig indiziert sie durch die indirekte Form, dass die zitierten Aussagen des Arztes – in Relation zur anwesenden Pflegefachperson – nicht in ihr Informationsterritorium fallen. Sie beansprucht somit kein „entitlement“ (Fox 2001: 176) für diese Information, obwohl sie über einen direkten epistemischen Zugang (sensorische Wahrnehmung) zu diesen Informationen verfügt. Zudem bezieht sie auch keine eigene Position zu den Aussagen des Arztes.

Gleichzeitig zeigt sie mit der mehrfach wiederholten indirekten Form eine Orientierung an der *epistemic primacy* (Stivers et al. 2011: 12) der Pflegefachperson. Sie schreibt der Pflegefachperson eine größere Nähe zu dieser Information zu und positioniert sich selbst als Laie. Auffällig ist dabei auch das nachgestellte „sagt (er)“ in Zeile 18, welches sich auf die vorausgehende Aussage (Z. 16) bezieht. Auch hier indiziert die Ehefrau mit dem Äußerungsverb, dass die Entscheidung, nächsten Montag wieder eine Kontrolle durchzuführen, dem Arzt zugeschrieben wird.

Dass die Pflegefachperson die ihr zugeschriebene Rolle als Expertin akzeptiert, wird an ihrem Rückmeldeverhalten deutlich: Sie quittiert die Redewie-

5 Zur Funktion von direkter Redewiedergabe in Gesprächen als *interactional evidential* cf. Clift (2006).

dergaben der Ehefrau zunächst durch minimale Rückmeldesignale („hm“) und zeigt dann durch ihren evaluativen Kommentar („super“ in Z. 11) ihren Status als Expertin an. Heritage und Raymond beschreiben die Rechte bezüglich Beurteilungen wie folgt (2006: 684): „epistemic rights to assess are not solely (or even mainly) distributed on the basis of physical access to a referent state of affairs; they are socially distributed.“ Mit anderen Worten: Sie zeigt durch *alignment* mit den ärztlichen Einschätzungen ihren Status als Ko-Expertin an.

Das Beispiel verdeutlicht, dass Sprecher/innen im untersuchten Interaktionstyp eine Orientierung an relationalen Rechten bezüglich Wissen aufzeigen. Indem die Ehefrau ihren direkten epistemischen Zugang zu Wissen anzeigt und gleichzeitig indirekte Formen mit dem Äußerungsverb „sagen“ produziert, inszeniert sie sich einerseits als verlässliche Vermittlerin von Informationen und schreibt der Pflegefachperson gleichzeitig eine professionelle Expertise zu. Umgekehrt macht die Pflegefachperson von ihrem epistemischen Recht Gebrauch, die indirekte Redewiedergabe des Arztes zu kommentieren.

4.3 Zurückweisen von epistemischer Verantwortung

Das dritte Fallbeispiel stammt aus einer Pflegeinteraktion die – mit Ausnahme einiger Rückmeldesignale („ja ja“ in Z. 21) – komplett auf Englisch stattfindet. Die Aufgabe der Pflegefachfrau in dieser Intervention ist die Versorgung einer Wunde, die aufgrund einer Operation am Steißbein entstanden ist. Die Wunde ist zum Zeitpunkt der Aufnahme weitgehend verheilt, was bedeutet, dass die Pflegeeinsätze bei diesem Patienten in absehbarer Zeit eingestellt werden. Der Ausschnitt stammt aus der Gesprächsmitte, nachdem der Patient geduscht und seine Wunde versorgt wurde. Die vorhergehenden Gesprächsphasen weisen lange Schweigephasen auf, was sich unter anderem dadurch erklären lässt, dass während der Versorgung einer offenen Wunde aufgrund der Infektionsgefahr nicht gesprochen werden darf.

Die folgende Sequenz schließt direkt an die Wundversorgung an. Da der Patient am Vortag wegen einer Untersuchung im Krankenhaus war, versucht die Pflegerin zu eruieren, ob ihm dort Anweisungen bezüglich „Duschen“ gegeben wurden.

Ausschnitt 3: did they tell you to (.) to take a SHOWER

S5= Patient (Erstsprache Türkisch), S6= Pflegefachfrau (Erstsprache Schweizerdeutsch)

01 S6: °h did they tell you to (.) to take a SHOWER
 02 (.) EVERYday (.) too,
 03 S5: NO they-
 04 S6: they DIDn't,
 05 S5: (.) but they called (-) your OFFICE;
 06 [(unverständlich, ca. 0.6 Sek.)]
 07 S6: [(--) ja-]
 08 S5: [(.) YESTERday] ja;
 09 S6: [(.) AH they-]
 10 (.) they CALled us [to tell us how to do it,]
 11 S5: [yeah yeah cause they] told ME-
 12 (.) they will CALL;
 13 S6: °hh oKAY-

Die Pflegerin eröffnet die Phase der Wissensaushandlung mit einem Frageformat (Z. 01), das durch das Pronomen „they“ und das Verb „tell“ anzeigt, dass nicht der Patient, sondern das Krankenhauspersonal als Urheber der Handlungsanweisung angenommen wird. Durch die indirekte Form („did they tell“) zeigt die Pflegefachperson zudem an, dass dieses Wissen nicht in das Informationsterritorium des Patienten fällt, da es sich um pflegerisches Fachwissen handelt. Sie unterstellt ihm mit dieser Frage also einen direkten epistemischen Zugang, indiziert aber gleichzeitig, dass die Handlungsanweisung nicht in sein Informationsterritorium fällt.

Nach einer Rückversicherung durch die Pflegefachfrau („they DIDn't“, Z. 04) fügt der Patient in Zeile 05 die Information „but they called (-) your OFFICE;“ hinzu. Diese direkte Form, die mit dem Anschlussmarker „but“ eingeleitet wird, erfüllt hier zumindest zwei Funktionen: Erstens dient sie als account für seine dispräferierte Antwort in Zeile 03, da er hierdurch sein Nichtwissen erklären kann. Zweitens indiziert die direkte Form, dass er während des Anrufs anwesend war und diese Aussage somit auf seiner eigenen sensorischen Wahrnehmung beruht.

Entsprechend markiert die Pflegefachperson mit dem betonten *change-of-state marker* „AH“ (Heritage 1984) in Zeile 09, dass die erhaltene Information für sie eine relevante Neuigkeit darstellt. Indem die Pflegefachperson eine Schlussfolgerung bezüglich der Intention des Anrufs zieht („to tell us how to do it“) schreibt sie dem Patienten zugleich die epistemische Ver-

antwortung für seine Aussage zu, da er einen direkten Zugang zu dieser Information indiziert.

In Zeile 11 bestätigt der Patient mit einem doppelten „yeah yeah“ den propositionalen Gehalt der Inferenz und behandelt die pflegerinnenseitige Äußerung so als Deklarativsatzfrage. Er relativiert gleich im Anschluss ergänzend den epistemischen Status seiner Bezugsäußerung, indem er den Telefonanruf mit „they told ME-“ (Z. 11) als indirekte Form markiert. Dadurch zeigt er an, dass er während des Telefonanrufs selbst nicht anwesend war, sondern bloß eine Aussage des Krankenhauspersonals („they told ME (.) they will CALL,“ Z. 11/12) zugrunde legt. Er korrigiert somit seinen angezeigten Zugang von direkter Wahrnehmung zu einer verbalen Zusicherung, indem er das Äußerungsverb „tell“ als epistemischen Marker einsetzt. Er verschiebt somit die epistemische Verantwortung für die informierende Handlung (Telefonat) beziehungsweise das relevante Wissen an das Krankenhauspersonal und die Mitarbeiter/innen des häuslichen Pflegedienstes.

Der folgende Gesprächsausschnitt 4 schließt direkt an Ausschnitt 3 an. Hier begründet die Pflegefachfrau nach einer Pause (1.9 Sek.) ihr in Ausschnitt 3 gezeigtes Wissensbedürfnis mit dem Verweis auf ein Austrittsformular aus dem Krankenhaus, das keine genauen Angaben bezüglich Duschen enthält. Sie stützt sich damit auf eine alternative Quelle (Mondada 2011: 47), kurz nachdem sie festgestellt hat, dass der Patient keinen direkten Zugang zur relevanten Information besitzt.

Ausschnitt 4: they have just written that you have to CLEAN it-

S5= Patient (Erstsprache Türkisch), S6= Pflegefachfrau (Erstsprache Schweizerdeutsch)

- 14 (1.9)
 15 S5: because HERE they (.) they have just written-
 16 that you have to CLEAN it-
 17 that we have to [CLEAN it;]
 18 S5: [((unverständlich, ca. 0.4 Sek.))]
 19 S6: (-) but ähm [(.) actually it doesn't MATter if you-]
 20 S5: [(unverständlich, ca. 1.4 Sek.)]
 21 S6: take a SHOWER (-) [if you] (-) if it is okay for you-
 22 S5: [yeah.]
 23 (.) JA ja;
 24 (52.4)
 25 S6: °h i've WRITten it down that (--) just however

26 you like-
 26 (-) to have [a shower] or NOT-
 27 S5: [hm;]
 28 (-) okay;

Gemäß dem Austrittsdokument des Krankenhauses muss die Wunde gereinigt werden. Dieses Dokument enthält jedoch keine präziseren Angaben zum Duschen („because HERE they (.) have just written that you have to CLEAN it-“, Z. 15/16). Trotzdem ist die Pflegerin nun in der Lage, eine Entscheidung bezüglich des Duschens zu treffen. Nachdem sie die verschiedenen Informationsquellen (Patient, Krankenhauspersonal, Austrittsformular) sowie deren epistemischen Status abgeglichen hat, gibt sie mit „actually it doesn’t MATter if you take a SHOwer“ (Z. 19/21) ihre eigene Einschätzung zur Situation ab. Zudem überlässt sie die definitive Entscheidung, ob geduscht werden soll oder nicht, mit der Äußerung „if it is okay for you-“ (Z. 21) dem Patienten. In der darauffolgenden langen Redepause von 52.4 Sekunden verschriftlicht die Pflegerin das Besprochene, indem sie einen Eintrag in der Pflegedokumentation des Patienten erstellt. Das lokal etablierte Wissen bezüglich Duschen wird dadurch fixiert und für weitere Akteure zugänglich gemacht. Abschließend informiert sie den Patienten darüber, was sie schriftlich festgehalten hat und reformuliert die für ihn relevante Information (Z. 25–26).

5. Fazit

In den drei untersuchten Beispielen konnte exemplarisch aufgezeigt werden, dass die Aushandlung von Wissen beziehungsweise der epistemischen Positionen der Beteiligten ein *interactive achievement* (Schegloff 1982) darstellt. Die Analyse hat jedoch auch gezeigt, dass die Beteiligten eine starke Orientierung an der Verteilung von Wissen in Bezug zu sozialen Rollen aufzeigen. Mithilfe von Kamios Konzept der Informationsterritorien konnte dargelegt werden, dass die Beteiligten sich anhand der Form (direkt/indirekt) gegenseitig anzeigen, ob ein Sachverhalt eher in das Territorium der Pflegefachperson, des Patienten oder eines weiteren Akteurs (z. B. Ärztin) fällt. Auf diese Weise konstituieren die Interagierenden bei der Aushandlung von Wissen soziale Beziehungen, indem sie eine Orientierung hinsichtlich der Informationsterritorien zeigen. Mithilfe der Äusserungsverben „say“, „sagen“ und „tell“ wird in den hier untersuchten Daten sowohl der episte-

mische Zugang zu Informationen angezeigt als auch eine komplexe Aushandlung bezüglich epistemischer Rechte und Pflichten vollzogen.

Wissensaushandlungen werden, wie die Beispiele gezeigt haben, in der Regel von Pflegefachpersonen durch *pre-sequences* eingeleitet, mittels derer sie explizit überprüfen, ob überhaupt eine Wissensasymmetrie zwischen ihnen und den Patient/innen beziehungsweise den Angehörigen besteht. Folglich stellen diese einleitenden Äußerungen eine wichtige Voraussetzung für die folgende Wissensaushandlung dar. Zudem überprüfen Pflegefachpersonen dadurch, über welche Art des epistemischen Zugangs die Patient/innen verfügen und markieren gleichzeitig epistemische Territorien. So impliziert das Äußerungsverb „tell“ in der indirekten Form „did they tell you“ in Abschnitt 3 (Z. 01), dass der Patient zwar über einen direkten epistemischen Zugang verfügt, die therapeutische Anweisung jedoch in das Informationsterritorium des Fachpersonals fällt.

Der erste Ausschnitt verdeutlichte, wie Patient/innen mithilfe von Äußerungsverben auf epistemische Autoritäten verweisen (behandelnder Arzt), um eine Annahme der anwesenden Pflegefachperson zu widerlegen, ohne dabei die sozialen Informationsterritorien zu verletzen. Die indirekte Form dient hier also als Ressource, um einen potenziell gesichtsbedrohenden Akt zu vermeiden. Im zweiten Beispiel tritt die Ehefrau des Patienten als Vermittlerin von ärztlichen Einschätzungen auf, indem sie die Äußerungen des Arztes als indirekte Redewiedergabe markiert. Die mit „sagen“ markierten Redewiedergaben fallen somit nicht in das Informationsterritorium der Ehefrau, sondern gehören zum Bereich des Arztes. Die anwesende Pflegefachfrau macht jedoch von ihrem epistemischen Recht Gebrauch, die Einschätzungen des Arztes zu kommentieren und inszeniert sich somit als Ko-Expertin. Im dritten Ausschnitt stuft der Patient seinen epistemischen Zugang und somit seine epistemische Verantwortung für eine Information zurück, indem er eine indirekte Form („cause they told ME- (.) they will CALL;“ Z. 11/12) mit dem Äußerungsverb „told“ (Z. 11) produziert. Auf diese Weise indiziert der Patient, dass diese Information nicht in sein Informationsterritorium fällt und markiert dadurch seine Rolle als Patient.

Die Analyse der Sequenzen hat gezeigt, dass Wissensaushandlungen eng mit dem Konzept epistemischer Territorien verbunden sind. Oder wie es Hayano formuliert (2013: 3): „It follows that information territories are bound to social identities and social relations“. Da beim hier untersuchten

Interaktionstyp häufig mehrere Akteure (Ärztin, Pflegefachpersonal etc.) involviert sind und Wissen aus verschiedenen Quellen relevant gesetzt wird, stellt das Aushandeln von epistemischen Zugängen, Rechten und Pflichten eine Grundvoraussetzung dafür dar, um pflegerische Handlungsziele zu erreichen. Bei Wissensaushandlungen handelt es sich also nicht bloß um einen Austausch von Informationen, sondern die Interagierenden konstituieren soziale Beziehungen beziehungsweise Rollenverteilungen (Expertin-Laie) in und durch die Sprache zur Erreichung von Handlungszielen.

Die Analyse verdeutlicht somit, dass Wissen in der institutionellen Kommunikation der häuslichen Pflege nicht anhand einer dichotomen Expert/innen-Laien-Asymmetrie erklärt werden kann, sondern dass diese Rollen interaktiv ausgehandelt werden. Folglich repräsentieren epistemische Positionen in der institutionellen Kommunikation keine feste Zuschreibungen zu einzelnen Akteuren, sondern sind „dynamically negotiated in the activity, being displayed, claimed, attributed, revised and also being newly acquired“ (Mondada 2011: 31).

Literatur

- Atkinson, J. M. und John Heritage (Hrsg.), 1984: *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Bergmann, Jörg / Quasthoff, Uta, 2010: „Interaktive Verfahren der Wissensgenerierung: Methodische Problemfelder“. In: Dausendschön-Gay, Ulrich / Domke, Christine / Ohlhus, Sören (Hrsg.): *Wissen in (Inter-) Aktion. Verfahren der Wissensgenerierung in unterschiedlichen Praxisfeldern*. De Gruyter: Berlin, 21–34.
- Birkner, Karin / Meer, Dorothee (Hrsg.), 2011: *Institutionalisierter Alltag: Mündlichkeit und Schriftlichkeit in unterschiedlichen Praxisfeldern*. Verlag für Gesprächsforschung: Mannheim.
- Bundesamt für Gesundheit, 2008: *Migration und Gesundheit. Kurzfassung der Bundesstrategie Phase II (2008–2013)*. Bundesamt für Gesundheit: Bern.
- Caris-Verhallen, Wilma / Kerkstra, Ada / van der Heijden, Peter / Bensing, Jozien, 1998: „Nurse-elderly patient communication in home care and institutional care: an explorative study“. *International Journal of Nursing Studies* 35(1), 95–108.

- Clift, Rebecca, 2006: „Indexing stance: Reported speech as an interactional evidential“. *Journal of Sociolinguistics* 10(5), 569–595.
- Dausendschön-Gay, Ulrich / Domke, Christine / Ohlhus, Sören (Hrsg.), 2010: *Wissen in (Inter-)Aktion. Verfahren der Wissensgenerierung in unterschiedlichen Praxisfeldern*. De Gruyter: Berlin.
- Dausendschön-Gay, Ulrich / Domke, Christine / Ohlhus, Sören, 2010: „Einführung Wissen in (Inter-)Aktion“. In: Dies. (Hrsg.): *Wissen in (Inter-)Aktion. Verfahren der Wissensgenerierung in unterschiedlichen Praxisfeldern*. (Linguistik – Impulse & Tendenzen 39). De Gruyter: Berlin, 1–19.
- De Cillia, Rudi / Krumm, Josef / Wodak, Ruth (Hrsg.), 2003: *Die Kosten der Mehrsprachigkeit: Globalisierung und sprachliche Vielfalt / The Cost of Multilingualism: Globalisation and Linguistic Diversity*. Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften: Wien.
- Deppermann, Arnulf / Spranz-Fogasy, Thomas, 2011: „Doctor’s questions as displays of understanding“. *Communication & Medicine* 8(2), 111–124.
- Enfield, Nick J., 2011: „Sources of asymmetry in human interaction: Enchrony, status, knowledge and agency“. In: Stivers, Tanya / Mondada, Lorenza / Steensig, Jakob (Hrsg.): *The morality of knowledge in conversation*. (Studies in interactional sociolinguistics 29). Cambridge University Press: Cambridge, 285–312.
- Felder, Ekkehard / Müller, Marcus (Hrsg.), 2009: *Wissen durch Sprache. Theorie, Praxis und Erkenntnisinteresse des Forschungsnetzwerkes „Sprache und Wissen“*. De Gruyter: Berlin.
- Felder, Ekkehard / Müller, Marcus, 2009: „Zur Einführung“. In: Dies. (Hrsg.): *Wissen durch Sprache. Theorie, Praxis und Erkenntnisinteresse des Forschungsnetzwerkes „Sprache und Wissen“*. De Gruyter: Berlin, 1–10.
- Fox, Barbara A., 2001: „Evidentiality: Authority, responsibility, and entitlement in English conversation“. *Journal of Linguistic Anthropology* 11(2), 167–192.
- Garfinkel, Harold, 1967: *Studies in ethnomethodology*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs.
- Gülich, Elisabeth, 2003: „Conversational techniques used in transferring knowledge between medical experts and non-experts“. *Discourse Studies* 5(2), 235–263.

- Harvey, Kevin / Koteyko, Nelya, 2013: *Exploring health communication. Language in action*. Routledge: Abington.
- Hayano, Kaoru, 2013: *Territories of knowledge in Japanese conversation*. (MPI Series in Psycholinguistics 75). LOT: Utrecht.
- Heritage, John, 1984: „A change-of-state token and aspects of its sequential placement”. In: Atkinson, J. M. und John Heritage (Hrsg.): *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge University Press: Cambridge, 299–345.
- Heritage, John, 2012: „Epistemics in action: Action formation and territories of knowledge”. *Research on Language and Social Interactions* 45(1), 1–29.
- Heritage, John, 2013: „Epistemics in conversation”. In: Sidnell, Jack / Stivers, Tanya (Hrsg.): *The handbook of conversation analysis*. Wiley-Blackwell: Chichester, 370–394.
- Heritage, John / Raymond, Geoffrey, 2005: „The terms of agreement: Indexing epistemic authority and subordination in talk-in-interaction”. *Social Psychology Quarterly* (68)1, 15–38.
- Heritage, John / Maynard, Douglas, 2006: *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Heritage, John / Clayman, Steven, 2010: *Talk in action. Interactions, identities, and institutions*. Wiley-Blackwell: Malden / Mass.
- Kamio, Akio, 1995: „Territory of information in English and Japanese and psychological utterances”. *Journal of Pragmatics* 24(3), 235–264.
- Kamio, Akio, 1997: *Territory of information*. (Pragmatics & Beyond, New Series 48). John Benjamins: Amsterdam.
- Kärkkäinen, Elise, 2003: *Epistemic stance in English conversation. A description of its interactional functions, with a focus on I think*. (Pragmatics & Beyond, New Series 115). John Benjamins: Amsterdam.
- Maynard, Douglas W., 1991: „Interaction and asymmetry in clinical discourse”. *American Journal of Sociology* 97(2), 448–495.
- Meer, Dorothee, 2011: „Kommunikation im Alltag – Kommunikation in Institutionen: Überlegungen zur Ausdifferenzierung einer Opposition”. In: Birkner, Karin / Meer, Dorothee (Hrsg.): *Institutionalisierter Alltag: Mündlichkeit und Schriftlichkeit in unterschiedlichen Praxisfeldern*. Verlag für Gesprächsforschung: Mannheim, 28–50.

- Menz, Florian (Hrsg.), 2013: *Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen*. (Kommunikation im Fokus – Arbeiten zur Angewandten Linguistik). Vienna University Press bei V&R unipress: Göttingen.
- Menz, Florian / Reisigl, Martin / Sator, Marlene, 2013: „Migration, Interkulturalität und gemittelte Kommunikation im medizinischen Gespräch – einige Überlegungen“. In: Menz, Florian (Hrsg.): *Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen*. (Kommunikation im Fokus – Arbeiten zur Angewandten Linguistik). Vienna University Press bei V&R unipress: Göttingen, 17–32.
- Mondada, Lorenza, 2011: „The management of knowledge discrepancies and of epistemic changes in institutional interactions“. In: Stivers, Tanya / Mondada, Lorenza / Steensig, Jakob (Hrsg.): *The morality of knowledge in conversation*. (Studies in interactional sociolinguistics 29). Cambridge University Press: Cambridge, 31–57.
- Raymond, Geoffrey / Heritage, John, 2006: „The epistemics of social relations: Owing grandchildren“. *Language in Society* 35, 677–705.
- Robinson, Jeffrey, 2001: „Asymmetry in action. Sequential resources in the negotiation of a prescription request“. *Text* 21(1,2), 19–54.
- Schegloff, Emanuel A., 1982: „Discourse as an interactional achievement: some uses of ‚uh huh‘ and other things that come between sentences“. In: Tannen, Deborah (Hrsg.): *Analyzing Discourse: Text and Talk*. Georgetown University Press: Washington, D.C., 71–73.
- Schegloff, Emanuel A., 2007: *Sequence organization in interaction. A primer in conversation analysis*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Sidnell, Jack / Stivers, Tanya (Hrsg.), 2011: *The handbook of conversation analysis*. Wiley-Blackwell: Chichester.
- Stivers, Tanya / Mondada, Lorenza / Steensig, Jakob (Hrsg.), 2011: *The morality of knowledge in conversation*. (Studies in interactional sociolinguistics 29). Cambridge University Press: Cambridge.
- Stivers, Tanya / Mondada, Lorenza / Steensig, Jakob, 2011: „Knowledge, morality and affiliation in social interaction“. In: *ibid.* (Hrsg.): *The morality of knowledge in conversation*. (Studies in interaction-

al sociolinguistics 29). Cambridge University Press: Cambridge, 3–24.

Tannen, Deborah (Hrsg.), 1982: *Analyzing Discourse: Text and Talk*. Georgetown University Press: Washington, D.C.

Thije, Jan D. ten, 2003: „Eine Pragmatik der Mehrsprachigkeit: Zur Analyse diskursiver Interkulturen“. In: De Cillia, Rudi / Krumm, Josef / Wodak, Ruth (Hrsg.): *Die Kosten der Mehrsprachigkeit: Globalisierung und sprachliche Vielfalt / The Cost of Multilingualism: Globalisation and Linguistic Diversity*. Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften: Wien, 101–125.